



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 38
TENEJAPAN, VERACRUZ**

TÍTULO:

**ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR. EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.38 DE TENEJAPAN,VER.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARÍA MAGDALENA SUAZO ROSALES.

COSAMALOAPAN, VER

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR. EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.38 DE TENEJAPAN, VER.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARÍA MAGDALENA SUAZO ROSALES.

AUTORIZACIONES

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**

**ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR. EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.38 DE TENEJAPAN,VER.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARÍA MAGDALENA SUAZO ROSALES.

AUTORIZACIONES:

**DRA. ADRIANA BARCO CALVILLO.
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 8
CORDOBA, VERACRUZ**

**MEDICO FAMILIAR ROSALINDA VERA JIMENEZ.
ASESOR DE TESIS.**

**LIC. EN ENFERMERIA MARIA ANTONIA LOPEZ FLORES
ASESOR METODOLOGICO.**

**DRA NORMA VICTORIA ÁLVAREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
ADSCRITO A UMF No 64.**

**ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR. EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.38 DE TENEJAPAN, VER.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARÍA MAGDALENA SUAZO ROSALES.

AUTORIZACIONES:

**DRA. ANDRES DANIEL ZA VALETA PEREZ
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTIRUCIONAL
DELEGACION VERACRUZ SUR.**

**DR. JOSE ARTURO CORDOVA FERNANDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD
DELEGACION VERACRUZ SUR.**

Cosamaloapan, Veracruz a: 20 de Mayo del 2016

Yo María Magdalena Suazo Rosales alumna de la Universidad Nacional Autónoma de México de la especialidad de Medicina Familiar adscrita a la UMF No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Regional Veracruz Sur, declaro ser el responsable del trabajo de investigación titulado Asociación entre adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial y la funcionalidad familiar. en la unidad de medicina familiar no.38 de Tenejapan, Ver. y que tiene número de registro en el sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) No. R-2014-3102-37, por lo que manifiesto:

Por lo que manifiesto que:

- No es un plagio de otros trabajos de investigación.
- Que la información en el trabajo de investigación no se encuentra en algún acervo académico físico y/o virtual.
- Los resultados son los encontrados en mi estudio.
- Todas las encuestas cuentan con hoja de consentimiento informado debidamente requisitado por sujeto de estudio (en caso de aplicar).
- Que resguardaré las encuestas durante los próximos 5 años, por cualquier situación legal, científica y/o académica que requiera ser verificada.
- En caso de que las encuestas se soliciten ser resguardadas por el asesor, aceptaré que este las resguarde y se me otorgue un documento que avale esta situación.
- Me comprometo a no identificar a ningún sujeto de estudio en ningún momento, en caso de que así sea, asumo total responsabilidad.
- Además de establecer el compromiso moral, académico y legal de lo siguiente:
- La presente tesis puede ser difundida por cada uno de los participantes del estudio, siempre y cuando se le den los créditos correspondientes a cada uno de los autores.

En caso de incurrir un problema de tipo legal y/o académico relacionado a la mala práctica de mis acciones declaro ser el único responsable del escrito en el presente trabajo de tesis.

Sin más por el momento, quedo de ustedes.

Atentamente:

Dra. María Magdalena Suazo Rosales.
99327997

ÍNDICE

I Portada

II Índice

1. - Marco Teórico

2.- Justificación.

3.- Planteamiento del problema.

4.- Objetivos

IV. A.- Objetivo General

IV. B.- Objetivos específicos

5.- Hipótesis de trabajo

6.- Material y métodos

6.1.- Diseño del estudio.

6.2.- Universo de de trabajo.

6.3.- Unidad de análisis.

6.4.- Tiempo de estudio.

7.- Selección de la muestra

A) Tamaño de muestra.

B) Selección del tamaño de muestra.

. C) Criterios de selección.

1.- Criterios de Inclusión

2.- Criterios de exclusión

3.- Criterios de eliminación.

8 .- Descripción de las variables: Tipo y escala de medición

9. – Análisis Estadístico.

10.- Procedimiento

- 11.- Aspectos éticos.
- 12.- Recursos, financiamiento y factibilidad.
- 13.- Resultados.
- 14.- Discusión.
- 15. Conclusión.
- 16.- Bibliografía.

1. MARCO TEORICO

Según la OMS “La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras 140/90 mmhg, es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.”¹

Los estudios epidemiológicos por la Joint National Committee on prevention, evaluation and treatment of High Blood Pressure, han señalado la enfermedad cardiovascular total como primera causa de morbimortalidad en los países desarrollados, siendo la HTA el principal factor de riesgo. La HTA afecta alrededor del 20 % de la población adulta en la mayoría de los países y genera la mayoría de consultas y hospitalizaciones en la población adulta.²

A nivel mundial se han encontrado estadísticas que evidencian que la HTA es un problema de salud pública mundial y que se halla presente aún en países desarrollados como Estados Unidos, Cuba y España. La HTA afecta aproximadamente a 50 millones de personas en los EEUU y a un billón en todo el mundo y se proyecta que al aumentar la edad poblacional, la prevalencia de HTA se incrementará, a menos que se implementen amplias medidas preventivas eficaces.³

La HTA es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México. En tan solo seis años, entre 2000 y 2006, la prevalencia de HTA incrementó 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%), la prevalencia de HTA en México se encuentra la más elevadas en el plano mundial, sin embargo la tendencia creciente que había presentado entre el año 2000 y 2006 muestra una estabilización.⁴

La Organización Panamericana de la Salud estima la prevalencia de hipertensión en los países latinoamericanos y del Caribe fluctúa entre 8% y 30%. En la poblaciónn urbana de México su prevalencia se estima en 25% y en la poblaciónn rural varía de 13% al 21%. El control adecuado de las cifras de presión arterial (PA) en los pacientes con HAS aumenta su esperanza y calidad de vida. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud la hipertensión arterial es responsable del 62% de las enfermedades cerebrovasculares y del 49% de la enfermedad cardiaca isquémica, con poca variación por sexo; se le considera como el principal factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. ⁵

La hipertensión arterial para efectos de diagnóstico y tratamiento, se clasifica de la siguiente manera según la NOM: Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg, Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg, Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg, Hipertensión arterial etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg, etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg, etapa 3: >180/ >110 mm de Hg. La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica > 140 mm de Hg y una presión diastólica <90 mm de Hg, clasificándose en la etapa que le corresponda. ⁶

La hipertensión arterial es considerada como un predictor de morbimortalidad para enfermedades cardiovasculares, por lo tanto la modificación de los factores de riesgo y el estilo de vida, disminuye su incidencia y favorece el control, asimismo la hipertensión arterial es susceptible de control y con ello prevenir, modificar la aparición de complicaciones, se ha observado los efectos del cumplimiento sobre la calidad y la esperanza de vida en la mayoría de patologías en general ya que existe relación entre cumplimiento, morbimortalidad y costes sanitarios.⁷

Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001, llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente

para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento. ⁸

En 2004 la Organización Mundial de la Salud definió el término "Adherencia Terapéutica" como “el grado en que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria”, y resalta cinco dimensiones que influyen sobre la adherencia terapéutica: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente. ⁹

El término “adherencia” puede parecer más amplio que "cumplimiento terapéutico" ya que se refiere a la toma de un medicamento, al cambio de un hábito de vida y a otros aspectos como la participación activa en el tratamiento prescrito, Varios exámenes rigurosos han hallado que, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50% (1, 2). Se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aun mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud. En China, Gambia y las Islas Seychelles, solo 43, 27 y 26%, respectivamente, de los pacientes con hipertensión arterial se adhieren a su régimen de medicación antihipertensiva (3-6). En los países desarrollados, como los Estados Unidos, solo 51% de los tratados por hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito. ¹¹

La falta de adherencia es la principal razón de los pobres resultados observados en el control de la Hipertensión arterial, la cual debe procurarse desde las fases tempranas, a fin de evitar complicaciones cardiovasculares. Una pobre adherencia al tratamiento antihipertensivo es uno de los factores más importantes de la presión arterial no controlada, y por lo tanto de graves repercusiones a la salud y a los costos. La OMS, califica la falta de adherencia como un problema

mundial de gran magnitud. La adherencia al tratamiento se define como el grado en el cual el paciente toma su medicación como ha sido prescrita por el personal de salud.¹²

En la actualidad, la hipertensión arterial es un factor susceptible de controlar a través del tratamiento farmacológico. Sin embargo, se ha observado la presencia de presión alta aún bajo efectos controlados de este tratamiento. Existen varias posibles explicaciones, dependientes del comportamiento y adherencia del paciente, de la indicación médica, de los efectos adversos del fármaco, de factores biológicos relacionados con la enfermedad en sí, como la refractariedad y la variabilidad entre sujetos, y de factores de riesgo psicosociales como la depresión, la ansiedad y el estrés. La falta de cumplimiento de las medidas no farmacológicas, basadas en el control de los factores de riesgo, también puede ser causa de resistencia.¹³

El incumplimiento terapéutico en problemas crónicos es de aproximadamente el 50% y puede ser un problema más significativo al que se enfrenta el profesional sanitario, en la práctica clínica, existen una serie de factores que influyen en la observancia del tratamiento antihipertensivo como son: el nivel socioeconómico, social, cultural, edad, sexo, conocimiento de su enfermedad, el olvido, el desconocimiento, la desmotivación, el número de dosis, intervalo, reacciones adversas, número de visitas de control. El factor que más influye en la adherencia a los tratamientos es la relación médico paciente. Conocer la idiosincrasia de los pacientes: sus creencias y expectativas, su estructura familiar y sus redes de apoyo social es importante para adecuar el tratamiento antihipertensivo a la realidad individual en cada caso. Los miembros de la familia pueden servir de recordatorio para las medidas terapéuticas, así como para la transmisión de creencias y estímulos para el cambio conductual. Si los miembros del soporte familiar aceptan las recomendaciones del profesional, es más probable que el paciente acepte el tratamiento prescrito. En pacientes miembros de la familia con conocimiento sobre la naturaleza y consecuencias de la elevación de la presión arterial mejora la adherencia terapéutica.¹⁴

El tratamiento de la hipertensión arterial se basa en dos pilares fundamentales, aquél orientado a los cambios en el estilo de vida, como la adopción de un régimen hiposódico, dieta nutricional, actividad física y disminución ponderal, y el tratamiento farmacológico. Ambas partes del tratamiento no son independientes, sino que son coadyuvantes el uno del otro y por lo tanto es necesaria la adherencia a ambos, pero esta investigación se centra en describir que es la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de conocimiento de esta patología.¹⁵

La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, una de ellas es de acuerdo al periodo de seguimiento: incumplimiento parcial, cuando el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos, esporádico es de forma ocasional, secuencial, cuando el tratamiento se abandona durante periodos de tiempo cuando el paciente se encuentra bien y se restaura cuando el paciente presenta síntomas, completo consiste en el abandono indefinido del tratamiento y de bata blanca, cuando se adhiere el tratamiento cuando se encuentra próxima la visita médica. ¹⁶Otra forma de clasificarla es primaria o secundaria, propuesta por Márquez en el 2001, la primera se refiere a no llevarse la prescripción de la consulta como llevársela pero no retirarla de la farmacia, la segunda incluye varias posibilidades entre las que se encuentran tomar una dosis incorrecta, a horas incorrectas, olvidarse tomar una o varias dosis, aumentar la frecuencia de dosis y suspender el tratamiento demasiado pronto. ¹⁷

La medición del incumplimiento en la práctica clínica, no es una tarea fácil ya que existen diversos sistemas para este propósito, no existe un método ideal para la medida de la adherencia, los métodos actuales presentan ventajas e inconvenientes respecto a los demás, de ellos se pretende obtener una información clínica de utilidad, por ello se ha recomendado para realizar una aproximación más exacta es el uso simultaneo de por lo menos dos métodos combinados para superar las carencias y limitaciones que todos presentan.¹⁸

Existen diversos métodos para medir el incumplimiento y se dividen en dos grandes grupos: directos e indirectos. Los métodos directos utilizan técnicas de laboratorio para medir niveles de fármacos o metabolitos, estos métodos son objetivos y específicos, obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos, Los métodos objetivos indirectos valoran la no adherencia a partir de circunstancias que se relacionan con el grado de control de la enfermedad, los más utilizados son: Recuento de comprimidos, asistencia a citas programadas, valoración de la eficacia terapéutica alcanzada, valoración de los efectos adversos de los medicamentos.¹⁸

Los métodos indirectos se subdividen en objetivos y subjetivos, los más utilizados son el recuento de comprimidos o la entrevista clínica consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas, en función a las respuestas se valora el grado de cumplimiento, son métodos muy fiables si el paciente se confiesa mal cumplidor, entonces presentan alto valor predictivo positivo.¹⁶

Algunos autores como Durán et al describieron algunas ventajas del cumplimiento autocomunicado y concluyen que es un método sencillo y barato, es el método indirecto que presenta resultados más fiables cuando el paciente asegura no cumplir la medicación, es el método que proporciona más información sobre el origen del incumplimiento, es decir sobre sus causas.¹⁹

Dentro de las técnicas de entrevista encontramos cuestionarios validados que analizan el grado de conocimiento que el enfermo tiene acerca de su enfermedad; se ha demostrado que a mayor conocimiento de la enfermedad mayor adherencia al tratamiento. En este tipo de cuestionarios encontramos: Test de Batalla, Test de Morisky-Green, Comunicación del autocumplimiento, comprobación fingida.¹⁸

Test de Morisky-Green- Levine: es un método validado para la población española, fue originalmente desarrollado por Morisky Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial, denominado inicialmente “the Medication Adherent Questionnaire”(MAQ), desde

que este test se introdujo ha sido utilizado en diferentes patologías como la hipertensión, SIDA, esquizofrenia, diabetes, cáncer, cardiopatía, osteoporosis, enfermedad tromboemblica, patología infecciosa, tabaquismo, dislipidemias, EPOC y asma.¹⁹⁻²²

Este método, consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor, se considera buen cumplidor al paciente que contesta correctamente a las cuatro preguntas, presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.²³

Test de batalla (test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad) se ha utilizado para analizar el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad, por su parte representa un mayor grado de cumplimiento. El test de Batalla para la HTA es uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad, que se fundamenta en el conocimiento de la enfermedad. Se considera incumplidor al paciente que falla alguna de sus respuestas y cumplidor si responde correctamente a las 3 preguntas.²³

Diversos estudios se han realizado para evaluar la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento de la enfermedad, uno de ellos es el estudio ENSAT realizado en Argentina, cuya muestra estuvo constituida por 1784 pacientes hipertensos mayores de 18 años, bajo tratamiento hipertensivo no menor a 6 meses, se consideró PA no controlada a los valores de PA sistólica y/o diastólica que fueron iguales o superiores a 140 y/o 90 mmhg, se evaluó la adherencia mediante el Test de Morisky-Green, de los cuales el 48.15% fue adherente, los no adherentes (51,85%) mostraron una mayor falta de control (60%) NS, en la presión sistodiastólica comparados con los adherentes (56%), $p=0.84$, los hombres adherentes tuvieron un mejor control de la presión arterial, en comparación con las mujeres, la adherencia no supero el 50% luego de seis

meses de tratamiento, los fármacos más utilizados son IECA, seguidos de betabloqueadores, el test de Morisky-Green Levine demostró utilidad para determinar la adherencia y los sujetos que fallan en contestar tendrían un menor control tensional.²⁴

Otro estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Perú, para evaluar la adherencia al tratamiento, la muestra estuvo constituida por 103 pacientes hipertensos mayores de 18 años y con un tratamiento farmacológico mayor a seis meses, para determinar la adherencia al tratamiento farmacológico se utilizó el test de Morisky-Green Levine y se determinó hipertensión arterial no controlada cuando presentaron más de dos mediciones de presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmhg o diastólica igual o superior a 90 mmhg, los resultados obtenidos fueron los siguientes: 69.9% eran mujeres, el 62.1% tenían su presión arterial controlada y la adherencia al tratamiento farmacológico fue de 37.9% del total de la muestra, solo se halló asociación estadística entre los pacientes adherente y el estado civil viudo ($p < 0.05$) y entre pacientes hipertensos controlados y pacientes adherente, constituyendo los pacientes controlados 62.1% y de estos el 92.1% eran adherentes.²⁵

Otro estudio comparativo realizado en la ciudad de Paraná Argentina en un centro de atención primaria, con una muestra constituida por 79 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, mediante un programa de intervención y con el objetivo de evaluar el grado de conocimientos acerca de la enfermedad y su adherencia se aplicaron el test de Morisky Green y de Batalla, dichos test se aplicaron al inicio y al final de la intervención, los resultados obtenidos fueron los siguientes: edad promedio fue de 58,6 años, el 81% ($n=64$) fue género femenino, Al inicio del estudio el 65,82% tenían adherencia al tratamiento y el 62% tenían conocimiento de la enfermedad, posterior a la intervención educativa el 81,01% eran adherentes y el 77,22%.²⁶

Otro estudio observacional, descriptivo, transversal realizado en los centros de salud de la provincia de Málaga, donde la muestra fue de 270 pacientes con

HTA y DM tipo 2 incluidos en el programa de atención al paciente crónico, para evaluar el cumplimiento terapéutico se realizó mediante el test de Batalla, test de Morisky Green, recuento de comprimidos por sorpresa en el domicilio, los resultados obtenidos fueron los siguientes; edad promedio fue 70 ± 10^a , porcentaje de cumplimiento según método de medida empleado: Test de Batalla : 15.6%, test de Morisky Green:76.8%, y recuento de comprimidos : 34.6%.Utilizando como patrón de oro el recuento de comprimidos en domicilio el test de Morisky Green fue adecuado para detectar no cumplidores con sensibilidad 32%, especificidad 94%, con el Test de Batalla resultó sensibilidad 85%, especificidad 33% .²⁷

La OMS menciona que la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, sólo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos. De manera que la adherencia terapéutica es un tema fundamental para la salud de la población y la propia estabilidad familiar desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía. Por ello se ha estudiado desde diferentes aspectos la problemática de la baja adherencia al tratamiento, destacando entre otros factores, el papel de la familia como red de apoyo social que favorece el cumplimiento de la terapéutica, tanto desde el punto de vista de apoyo afectivo como material, incluso se dice que aquellos sujetos que viven solos son más propensos de sufrir de hipertensión severa en comparación con los que viven en familias extensas. ²⁸

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran, en el caso de aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad. Sin embargo, la familia como sistema juega un papel importante, no solo en el proceso generador de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas, esto va a depender, de si la familia es funcional o no.

Con respecto a la funcionalidad familiar podemos definirla como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa; el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidos y para determinar el grado de funcionalidad familiar, se cuenta con algunos instrumentos de evaluación, entre ellos el APGAR familiar, FACES III, Environmental Barriersto Adherence Scales, entre otros.³⁰

El APGAR Familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de las familias, es útil para la identificación de familias con riesgo, fue creado en 1978 como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función de la familia.³¹

Este cuestionario consta de 5 preguntas, mide la funcionalidad familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad, mide los siguientes parámetros: Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución con la suma de la puntuación en cada uno de los parámetros se obtienen los siguientes criterios: Disfunción grave =00-03, Disfunción moderada =de 04 a 06, y familia funcional =07-10

32

Diversos estudios han utilizado el APGAR Familiar como un instrumento de la evaluación de la función familiar, en diferentes entidades como embarazo, depresión postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimientos de familias, así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación.³³

Un estudio descriptivo, transversal, realizado en pacientes hipertensos de tres zonas rurales de Sierra Mágina, cuyo objetivo fue conocer la importancia del no cumplimiento farmacológico y su relación con factores familiares mediante la aplicación del cuestionario para investigar datos de RCV, el Test de Morinsky-Green (MG) y de Apgar-familiar (AF), la muestra estuvo constituida por 104 pacientes, los resultados obtenidos fueron los siguientes: los pacientes mal cumplidores tienen mayor porcentaje de disfunción familiar (43% vs12%; $p<0,001$) y presentan medias de TA superiores (TA sistólica $140,7\pm2,9$ vs $130,8\pm3,5$; $p<0,05$) (TA diastólica $88,4\pm2,1$ vs $76,7\pm1,7$; $p<0,001$). La TA diastólica se asocia positivamente a la puntuación obtenida en el test de Morinsky- Green ($r=0,59$, $p<0,05$).³³

Otro estudio realizado en el centro de salud Mariña mansa - A Cuña, de tipo observacional, transversal, sobre una muestra representativa de 236 pacientes diagnosticados de HTA e incluidos en el programa de control y seguimiento, para la evaluación de las variables sociofamiliares se les aplicó una encuesta para evaluar la tipología familiar, el AVE, el cuestionario de Duke-Unc -11; mediante el APGAR se evaluó funcionalidad familiar, para la evaluación del conocimiento de la enfermedad se aplicó el Test de Batalla, los resultados obtenidos son los siguientes: el 77.8% de los pacientes viven en familias normofuncionantes, mientras que el 22.2% son disfuncionales, en relación al nivel de conocimiento de la enfermedad el 32.4% fue buen cumplidor, mientras que el 67.6% mal cumplidor.³⁴

2.- JUSTIFICACIÓN.

“La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la HTA reduce el riesgo de complicaciones y de muerte, existen múltiples factores que influyen en la adherencia al tratamiento y que pueden conducir a la no adherencia, relacionados con el nivel de conocimiento y con los comportamientos de las personas cuando requieren seguir un esquema de tratamiento”. El presente estudio surge ante la necesidad de conocer la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de conocimiento que el paciente tiene ante la enfermedad, así también conocer la funcionalidad familiar del paciente hipertenso de la consulta externa, siendo uno de los problemas crónicos degenerativos y los principales motivos de la consulta externa de las unidades de primer nivel de atención, por esta razón es importante que el médico identifique los factores que influyen en la adherencia del tratamiento, para lograr una atención en forma más integral respecto al control de su enfermedad.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La HTA es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México. En tan solo seis años, entre 2000 y 2006, la prevalencia de HTA incrementó 19.7% hasta afectar a 1 de cada 3 adultos mexicanos (31.6%), la prevalencia de HTA en México se encuentra la más elevadas en el plano mundial, sin embargo la tendencia creciente que había presentado entre el año 2000 y 2006 muestra una estabilización.

En 2004 la Organización Mundial de la Salud definió el término "Adherencia Terapéutica" como "el grado en que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria", y resalta cinco dimensiones que influyen sobre la adherencia terapéutica: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente.⁹

Con respecto a la funcionalidad familiar podemos definirla como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa; el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

De acuerdo a lo anterior en la Unidad de Medicina Familiar No.38 de Tenejapan, se decide llevar a cabo un estudio de investigación para determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento para el adecuado control

hipertensivo de nuestros pacientes y si existe asociación con su funcionalidad familiar, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la asociación entre adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial y la Funcionalidad Familiar. En la Unidad de Medicina Familiar No.38 de Tenejapan, Ver.?

4. – OBJETIVOS.

IV A) OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial y la Funcionalidad Familiar. En la Unidad de Medicina Familiar No.38 de Tenejapan, Ver.?

IV B) OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimar la prevalencia de pacientes portadores de hipertensión arterial de la UMF No 38 Tenejapan Ver.
- Estimar la prevalencia de pacientes con hipertensión arterial controlados y no controlados de la UMF No 38 Tenejapan Ver.
- Analizar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial de la UMF No 38 Tenejapan Ver.
- Determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad, de los pacientes hipertensos controlados y no controlados adscritos a la UMF No. 38 Tenejapan Ver.
- Identificar la funcionalidad familiar de los pacientes con hipertensión arterial controlados y no controlados adscritos a la UMF No. 38 Tenejapan Ver.
- Determinar los factores sociodemográficos (Edad, género, grado de escolaridad, ocupación, estado civil y tipología familiar) de los pacientes con hipertensión arterial adscritos en la UMF No 38 Tenejapan Ver.

- Conocer el tiempo de evolución de la hipertensión de los pacientes con esta patología adscritos a la UMF No. 38 Tenejapan Ver.
- Identificar las diferentes drogas antihipertensivas en los pacientes hipertensos adscritos a la UMF 38 Tenejapan Ver.
- Conocer las comorbilidades que presenta el paciente con hipertensión arterial, adscritos a la UMF No. 38 Tenejapan Ver.

5.- HIPOTESIS DE TRABAJO.

Hipótesis Alterna.

Existe asociación entre adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial y la Funcionalidad Familiar en la UMF No.38 Tenejapan Ver.

Hipótesis Nula:

No existe asociación entre la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial y la funcionalidad familiar en la UMF No.38 Tenejapan Ver.

6.- MATERIAL Y MÉTODOS.

6.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO:

TIPO DEL ESTUDIO.

Transversal, analítico

6.2.- UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial adscritos a la consulta externa de Medicina familiar de la UMF No.38.Tenejapán Ver.

6.3 -UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes con Hipertensión arterial adscritos a la UMF No.38. Tenejapán Ver.

6.4.-TIEMPO DE ESTUDIO

Enero-Febrero del 2015.

7.- SELECCIÓN DE LA MUESTRA

A) TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para el presente estudio la muestra estará constituida por 122 pacientes de acuerdo al censo nominal de la unidad que cumplen con los criterios de inclusión, adscritos a la UMF No. 38 de Tenejapan, Ver.

B) SELECCIÓN DE TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra se calcula mediante el programa STATS, la selección es de tipo probabilístico aleatoria, estará constituida por un total de 95 pacientes, manteniendo el 95% del nivel de confianza y el 5% de margen de error.

C) CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial adscritos a la UMF No. 38 Tenejapan Ver.
- Pacientes de ambos géneros mayores de 18 años.
- Pacientes con tratamientos farmacológico mayor a 6 meses.
- Pacientes que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

2. CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Pacientes con tratamiento farmacológico menor a 6 meses.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que se encuentren hospitalizados o que hayan fallecido, durante el tiempo del estudio.
- Pacientes incapacitados mentalmente para realizar la encuesta.

3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN .

- Pacientes que en cualquier momento del estudio decidan retirarse de éste.
- Encuestas ilegibles o que no sean contestados en su totalidad.

8.- DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Se define como el grado en el cual el paciente toma su medicación como ha sido prescrita por el personal de salud.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Será el grado en el cual el paciente toma sus medicamentos como lo prescribe el personal de salud al momento de la entrevista.

Es el grado en el cual el paciente toma sus medicamentos como lo prescribe el personal de salud al momento de la entrevista el cual se evaluará mediante el Test de Moriski-Green. También se considera el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad, por su parte representa un mayor grado de cumplimiento, y este se evaluará mediante el test de Batalla.

TIPO DE VARIABLE: nominal, dicotómica

ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa,

INDICADOR: Test de Moriski-Green, constituido por cuatro ítems, se considera al paciente cumplidor cuando responde a las preguntas de la misma forma (No, No, No, No) por lo tanto este test se evaluará: cumple, o no cumple.

Test de batalla: constituido por tres ítems, se considera incumplidor cuando el paciente falla alguna de sus respuestas, por lo tanto el indicador se evalúa cumple o no cumple, tiene conocimiento o no tiene.

-FUNCIONALIDAD FAMILIAR

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Se le define como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Se evaluará la satisfacción del entrevistado con su vida en familia para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad mediante el Instrumento APGAR.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

ESCALA DE MEDICIÓN: Ordinal

INDICADOR: El APGAR es un cuestionario que consta de 5 preguntas, mide los siguientes parámetros: Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución con la suma de la puntuación en cada uno de los parámetros se

obtienen los siguientes criterios: Disfunción grave =00-03, Disfunción moderada =de 04 a 06, y familia funcional =07-10.

PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Paciente con síndrome de etiología múltiple, caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras mayor o igual a 140/90 mmhg, producto del incremento de la resistencia vascular periférica se traduce en daño vascular sistémico.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Se considerará al paciente que presenta elevación de la presión arterial a cifras mayor o igual a 140/90 mmhg al momento de la exploración física, de acuerdo a la JNC VII, en donde La hipertensión arterial para efectos de diagnóstico y tratamiento, se clasifica de la siguiente manera según la NOM: Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg, Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg.

TIPO DE VARIABLE: cualitativo

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal- dicotómica.

INDICADOR:

Paciente controlado= Presión arterial normal 120-129/80 - 84 mm de Hg.

Paciente no controlado= Presión arterial mayor de 120-129/80 - 84 mm de Hg.

-EDAD.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Es el lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia, se mide en años

DEFINICION OPERACIONAL:

Es la edad que refiere el paciente adulto portador de hipertensión arterial en el momento de la entrevista.

TIPO DE VARIABLE: Cuantitativo continua

ESCALADE MEDICIÓN: Intervalo

INDICADOR: años referidos.

-GENERO.

DEFINICION CONCEPTUAL.

Condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Se considerará como hombres y mujeres a las características fenotípicas que presente el entrevistado adulto hipertenso.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa.

ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal- dicotómica.

INDICADOR: Masculino, Femenino.

-OCUPACIÓN.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Tarea o actividad laboral que desempeña la población en su área de trabajo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Actividad laboral que actualmente se encuentre desempeñando el paciente, mediante el cual le genere o no remuneración económica.

TIPO DE VARIABLE. Cualitativa.

ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal politómica.

INDICADOR: Obrero, Campesino, Profesionista, Pensionado, Comerciante, Ama de casa.

-ESTADO CIVIL.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Condición de unión o matrimonio de acuerdo con las costumbres o leyes del país.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Estado civil que refiera el paciente al momento de la entrevista.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa.

ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal politómica.

INDICADOR: Soltero, Casado, Viudo, Divorciado, Unión Libre.

-TIPOLOGÍA FAMILIAR.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Clasificación de la familia según sus características y valores.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se identificará mediante una encuesta que será aplicada para poner en claro a que tipología de familia corresponde al momento de la entrevista.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: se clasificará a la familia del paciente en base al número de integrantes de la misma, para este estudio se ha considerado la Clasificación De la Revilla,

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

TIPO DE ESCALA: Nominal politómica

INDICADOR: Nuclear, Seminuclear, Extensa, Compuesta, Múltiple, Extensa modificada.

-DROGAS ANTIHIPERTENSIVAS.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.

Se conocen como agentes antihipertensivos a un grupo de diversos fármacos que el médico le otorga a un paciente que es portador de una patología ya sea aguda o crónica cuya propiedad es disminuir la presión arterial.

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

Se explorará para este estudio el tratamiento farmacológico aquel que refiera el entrevistado y que se sustente en el expediente clínico según la GPC de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.

TIPO DE VARIABLE. Cualitativa.

TIPO DE ESCALA: Nominal politómica

INDICADOR: clortalidona, hidroclorotiazida, nifedipino, verapamilo, propranolol, metoprolol, losartan, otros.

-TIEMPO DE EVOLUCIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Tiempo estimado en días, meses o años que un paciente se sabe que es portador de un padecimiento al ser diagnosticado y notificado por un médico de su padecimiento.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Para fines de este estudio se considerará al tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial de la hipertensión hasta el momento actual.

TIPO DE VARIABLE: Cuantitativa

TIPO DE ESCALA: Continúa de razón

INDICADOR: Años referidos

-COMORBILIDADES.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Según la OMS se denomina así a las afecciones, ocurrencias simultáneas de dos o más enfermedades que vienen a agregarse a la enfermedad primaria.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Para fines del estudio se considerará a las enfermedades simultáneas que se agregan a la hipertensión arterial del paciente en estudio.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

TIPO DE ESCALA: Nominal-politómica

INDICADOR: Sobrepeso, Obesidad, Diabetes mellitus tipo 2, hiperlipidemia, Prediabetes, otros.

NIVEL DE CONOCIMIENTO.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Conocimiento es un proceso a través de cual un individuo se hace conciente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad y puede ser medido en niveles.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Para fines de este estudio se considerará si tiene conocimiento o no de la enfermedad en base al Test de Batalla

TIPO DE VARIABLE

Nominal

TIPO DE ESCALA

Dicotómica

INDICADOR

Tiene conocimiento

No tiene conocimiento.

9.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Medidas de tendencia central Media, X² para diferencia de proporciones y OR, para determinar si existe como factor asociado la funcionalidad familiar y/o la adherencia terapéutica al riesgo de control o descontrol de la hipertensión arterial.

10.-PROCEDIMIENTO.

- Al ser concluido el protocolo de investigación se presentará ante el CLIS para su evaluación y registro, una vez dictaminado se procederá a solicitar por escrito a las autoridades del HGZ/MF 35 de Cosamaloapan Ver; el permiso para la realización del estudio y aplicación de encuestas.

-Este trabajo se realizará en la UMF No.38 de Tenejapan Ver; del IMSS, de la Delegación Regional Ver-Sur, es un estudio de tipo transversal, analítico cuyo universo de trabajo es una población de 122 pacientes obtenido del censo de hipertensión de la unidad, que cumplen con todos los criterios de inclusión, se trabajará con una muestra probabilístico aleatoria calculada mediante el programa STATS estará constituida por 95 pacientes, manteniendo el 95% del nivel de confianza y el 5% de margen de error.

La incorporación de los pacientes al estudio se realizará el día que asistan a la consulta externa, previo consentimiento informado se les realizará una determinación de TA de acuerdo a la técnica documentado en la GPC diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención, al inicio de la consulta con el paciente sentado, relajado, tranquilo y en un ambiente adecuado, con su brazo extendido y apoyado en línea media en medio del esternón, se enrollara correctamente el brazalete hasta la marca del rango de la circunferencia permitida y colocará el manómetro, posteriormente se palpará el pulso humeral en la fosa antecubital del brazo, se inflará rápidamente el brazalete a 20 mmhg, por arriba del punto en donde el pulso humeral desaparece, se desinflará el brazalete y anotará la presión a la cual el pulso se reaparece: aproximándose la presión sistólica.

Subsiguientemente reinflar el brazalete a 20mmhg, por arriba de donde desapareció el pulso humeral; usando una mano, el estetoscopio será colocado sobre la piel en el lugar de la arteria humeral, posteriormente se desinflará despacio el brazalete a 2-3 mmhg por segundo, escuchando los sonidos de Korotkoff, el primer sonido es un pulso leve y repetido que gradualmente incrementa en intensidad y duración hasta dos latidos de menor intensidad consecutivos esta será la presión sistólica, los diferentes sonidos desaparecen,

sin embargo cuando esto sucede totalmente estará marcando la presión diastólica, se anotara la TA en la cédula de recolección de datos generales del paciente.

Posteriormente se le invitará al paciente a contestar las preguntas de los datos sociodemográficos ,en este apartado se evaluarán aspectos de la tipología familiar, además años de evolución de la patología, comorbilidades y tratamiento farmacológico, también se obtendrá información mediante dos métodos indirectos de medición, para evaluar el conocimiento se utilizará el test de Batalla el cual analiza el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad; constituido por 3 ítems 1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida? 2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación? 3. Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada. Una respuesta incorrecta de las 3 siguientes conlleva falta de adherencia.

Para evaluar apego al tratamiento se utilizará el test de Morisky Green constituido por 4 ítems: 1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? 4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

En este estudio se evaluará el funcionamiento familiar mediante el Test de Apgar Familiar que evalúa cinco aspectos: Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución con opciones de respuesta: casi siempre (2 puntos), algunas veces (1 punto) y casi nunca (cero puntos). Obteniendo como resultados de 7 a 10 puntos la clasificación de familia funcional, de 4 a 7 puntos disfunción moderada y de 0 a 4 puntos disfunción grave.

Los datos obtenidos se integrarán en una sábana estadística para el análisis correspondiente.

Los datos se ingresarán en el programa SPSS versión 13 en español para su análisis estadístico.

11.-ASPECTOS ÉTICOS:

El proyecto de investigación se apega a los reglamentos de la Ley General de Salud en Materia de investigación en México.

Art 13. Se respetara la dignidad y se brindara protección a los derechos del bienestar de los sujetos de estudio.

Art 14.-Fraccion V y VII se contará con el consentimiento informado por escrito al sujeto de estudio. Se utilizará el consentimiento informado institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Art 16.- Se protegerá la privacidad del estudio sujeto del estudio.

Art 17.- Fracción I. Se considera un estudio sin riesgo porque no implica intervención alguna. Se mencionará a sujetos que no sufrirá daño alguno, ya que solo participará en el estudio a través de diligenciamiento de instrumentos de medición.

Art 20.- Se informara al sujeto de estudio la naturaleza de los procedimientos al que someterá durante la realización de la investigación con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Art 21.- Fracción VII. La seguridad que no se identificara al sujeto de estudio que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Los instrumentos que diligenciará serán de carácter anónimo.

12.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

Investigador del proyecto

Médicos general de la UMF 38

Enfermera

Pacientes

RECURSOS MATERIALES

Baumanometro de mercurio

Estetoscopio biauricular de una capsula

Censo de pacientes hipertensión arterial

Sistema de información médica familiar

Hojas blancas

Lápices

Bolígrafos

Borradores

Equipo de cómputo

Impresora

Fotocopiadora

Fotocopias

Bibliografía: internet, libros, revistas médicas (artículos médicos)

Área física:

Biblioteca

Consultorio médico en la UMF 38

Medios de transporte

RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos que demande el siguiente proyecto serán financiados por el investigador.

13. RESULTADOS.

En el presente estudio realizado en la UMF 38 de Tenejapan Veracruz, la muestra estuvo constituida por 95 pacientes. La edad promedio fue de $65.4 \text{ DE} \pm 11.9$ años con un mínimo de 37.0 y un máximo de 95.0.

Con relación a la Tensión Arterial Media la media fue de $95.7 \text{ DE} \pm 8.27$ con un mínimo de 83.33 con un máximo de 116.60 mmhg.

En relación a la evolución del padecimiento la media fue de $12.34 \text{ DE} \pm 7.10$ años, con un mínimo de 1.0 y un máximo de 30.0 años.

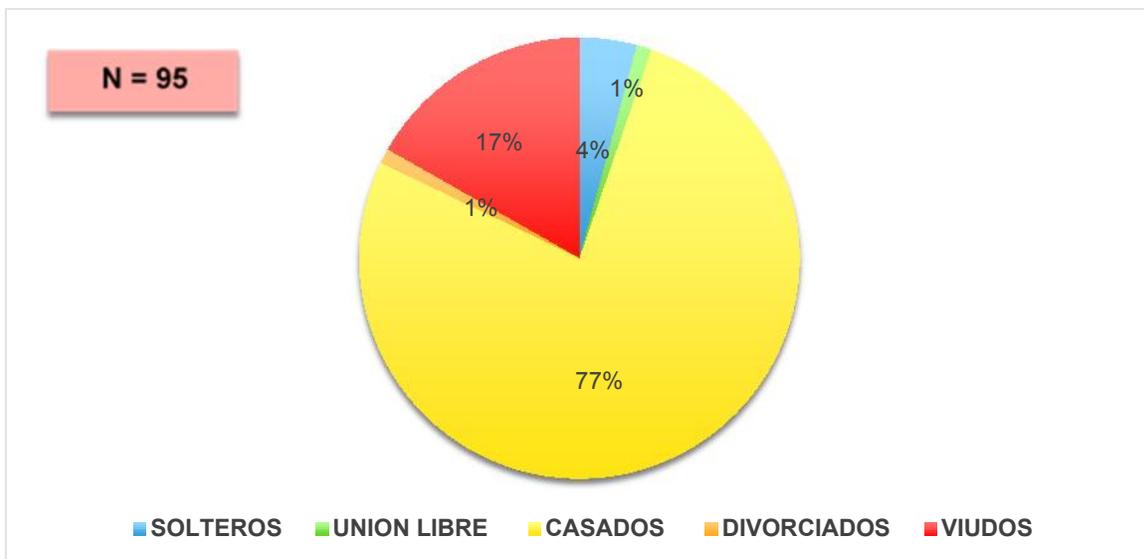
Con respecto al sexo se encontró que el 29.5 %(28) fueron hombres y 70.5 %(67) mujeres como se aprecia en la siguiente figura.

FIG. 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA UMF 38.



Con relación al estado civil se encontró que el 4.2 % (4) fueron solteros, el 1.1 % (1) unión libre, el 76.8 % (73) casados, el 1.1 % (1) divorciados, y el 16.8 % (16) viudos como se puede observar en la siguiente figura.

FIG 2. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN UMF 38.



Con relación a la tipología familiar mostró un 84.2 % (80) familia nuclear, un 9.5 % (9) familia extensa, un 5.3 % (5) familia compuesta ampliada y un 1.1 % (1) familia extensa modificada.

Fig. 3. DISTRIBUCIÓN DE LA TIPOLOGÍA FAMILIAR EN LA UMF 38.



En relación a la actividad laboral se encontró un 30.5 % (29) son campesinos, un 6.3 % (6) son pensionados, y un 63,2 % (60) son amas de casa como se muestra en la siguiente figura.

FIG. 4 DISTRIBUCIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN LA UMF 38.

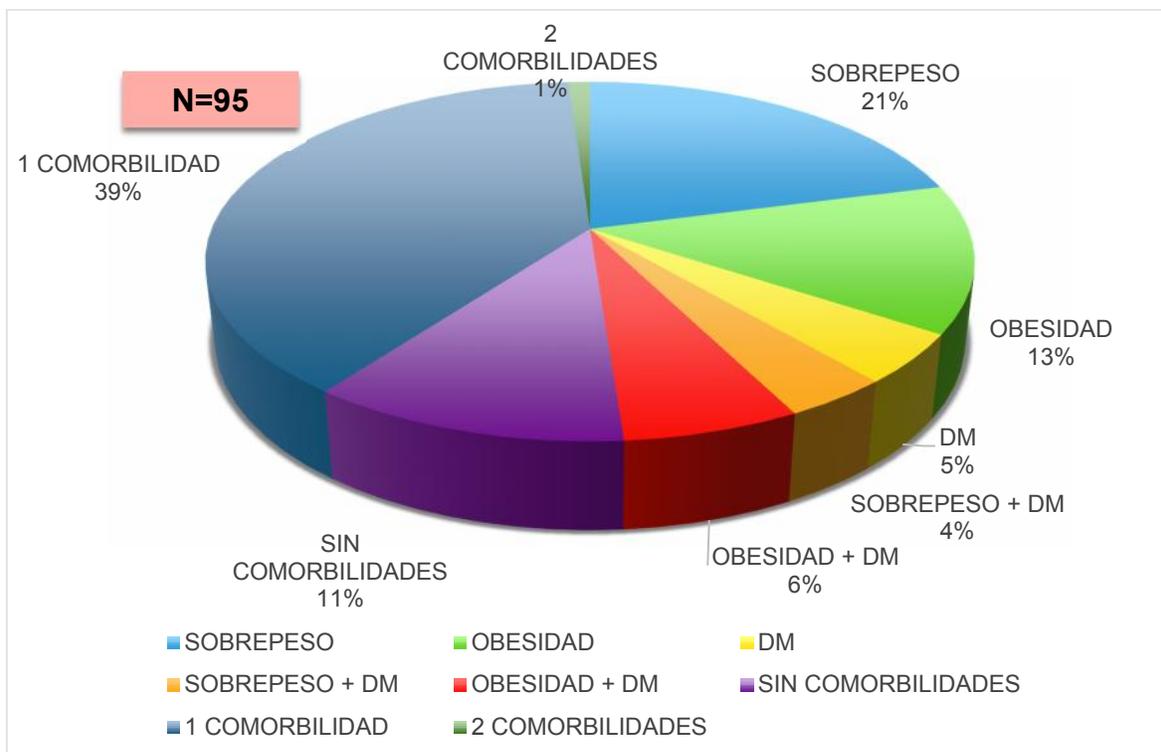


Con respecto al control de la presión arterial se encontró el 13.7 % (13) fueron no controlados, y el 86.3 (82) controlados, de los medicamentos antihipertensivos que utilizan los pacientes se obtuvo lo siguiente: 5.3%(5) utilizan monoterapia con clortalidona, 16.8%(16) nifedipino, 2.1%(2) verapamilo, el 22.1%(21) metoprolol, 7.4%(7) losartan, el 18.9%(18) IECA, 7.4%(7) combinación de losartan con hidroclorotiazida, 6.3%(6) nifedipino mas clortalidona, 2.1%(2) IECA mas clortalidona y el 3.2%(3) nifedipino mas metoprolol, del total de unidades en estudio el 72.6%(69) tienen un solo fármaco como tratamiento, 25.3(24) dos fármacos, y el 2.1%(2) tres fármacos.

El 34.7%(33) presentaron sobrepeso, el 22.1%(21) obesidad, 7.4%(7) diabetes mellitus, 6.3%(6) sobrepeso y diabetes mellitus, 10.5%(10) obesidad más diabetes mellitus, el 18.9% (18) sin comorbilidades, el 64.2%(61) presentan una comorbilidad mientras que el 1.8%(16) dos comorbilidades. Como se muestra en la siguiente figura.

Fig. 5. COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA UMF

38.



En relación al test de Batalla se encontró un 35.8 % (34) tiene conocimiento representado el 20.5%(7) por hombres y el 79.4%(27) mujeres, un 64.2 % (61) no tienen conocimiento, el 34.4%(21) hombres y el 65.5%(40) fueron mujeres.

Con respecto al test de Morisky- Green mostró un 72.6 % (69) tienen adherencia, el 28.9%(20) fueron hombres y el 71.0%(49) mujeres y un 27.4%(26) no tienen adherencia, 30.7%(8) hombres y el 69.2%(18) mujeres.

Con relación a la funcionalidad familiar evaluado mediante el test de APGAR se encontró el 5.3%(5) funcionalidad grave, el 32.6%(31) disfunción moderada, el 62.1%(59) son familias funcionales.

Se realizó Chi 2 entre el test de Batalla que evalúa el conocimiento y el Test de Morisky- Green adherencia se observó que 24 pacientes con hipertensión arterial tienen adherencia y conocimiento, mientras que 45 pacientes tienen

conocimiento pero no tienen adherencia, tal como se observa en la siguiente tabla.

	Valor	P
Chi cuadrada	.111	0.75

En relación al control de la tensión arterial con el conocimiento, se observó que un paciente a un paciente con control y con conocimiento, mientras que 33 pacientes sin control pero con conocimiento, al igual 12 pacientes con control y sin conocimiento, se obtuvo una Chi² de Pearson de 5.17 con una P=0.025 sin significancia estadística

	Valor	P
Chi cuadrada	5.17	0.025

Al evaluar la adherencia con el control de la tensión arterial, se obtuvo 7 pacientes con adherencia y control 62 pacientes con adherencia pero sin control de la tensión arterial, obteniéndose una Chi² de Pearson 2.67 con una P=0.1 no significativa.

	Valor	P
Chi cuadrada	2.67	0.1

14. DISCUSIÓN.

En el presente estudio realizado en la UMF 38 perteneciente al IMSS la edad promedio fue de 65.4DE± 11.9 años, el presente estudio se encontró que el 29.5 %(28) fueron hombres y 70.5 %(67) mujeres, el 63.2% ama de casa, el 76.8% casadas, el cual es similar a lo encontrado por Marin y Cols.

En relación al test de Batalla se encontró un 35.8 % (34) tiene conocimiento representado el 20.5%(7) por hombres y el 79.4%(27) mujeres, un 64.2 % (61) no tienen conocimiento, el 34.4%(21) hombres y el 65.5%(40) fueron mujeres.

Con respecto al test de Morisky- Green mostró un 72.6 % (69) tienen adherencia, el 28.9%(20) fueron hombres y el 71.0%(49) mujeres y un 27.4%(26) no tienen adherencia, 30.7%(8) hombres y el 69.2%(18) mujeres.

Mientras que en el estudio realizado por Apaza Argollo en el 2013, Se halló que existe asociación significativa entre el sexo femenino y el control de la Hipertensión Arterial ($p=0,019$).

Al evaluar la adherencia con el control de la tensión arterial, se obtuvo 7 pacientes con adherencia y control 62 pacientes con adherencia pero sin control de la tensión arterial, obteniéndose una Chi 2 de Pearson 2.67 con una $P=0.1$ no significativa. A diferencia del estudio realizado por Apaza Argollo en el 2013 en donde se evidenció que respecto a adherencia y control de la HTA se obtuvo que el 70,4% de pacientes con buena adherencia al tratamiento presentó HTA controlada, mientras que sólo el 55,2% de pacientes con mala adherencia al tratamiento tenían HTA controlada.

En cuanto a la funcionalidad familiar, un elevado número de familias fueron clasificadas como disfuncionales, y se observó que donde existía funcionalidad familiar, 56,86 % de los pacientes se mantenían controlados, mientras que en las 63 familias disfuncionales, sólo 6,35 % de los enfermos estaban controlados.

En nuestro estudio se encontró en relación a la funcionalidad familiar evaluado mediante el test de APGAR se encontró el 5.3%(5) funcionalidad grave, el 32.6%(31) disfunción moderada, el 62.1%(59) son familias funcionales.

15. CONCLUSIÓN.

El 83.6 % de los pacientes se encuentran controlados de la Hipertensión arterial sin embargo solo 24 pacientes tienen adherencia y conocimiento mientras que 45 pacientes tienen conocimiento pero no adherencia al tratamiento, lo que los pone en riesgo de mayor de sufrir complicaciones propias de la cronicidad de la enfermedad, lo que refleja sólo un grupo comprometido con el cuidado de su salud, la influencia de múltiples factores como determinantes de la adherencia terapéutica y un sistema de atención que promueve en la población atendida comportamientos positivos que facilitan la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad.

En relación al control de la tensión arterial con el conocimiento, se observó que un paciente a un paciente con control y con conocimiento, mientras que 33 pacientes sin control pero con conocimiento. En este caso se necesita formación de grupos de apoyo en la comunidad a fin de realizar estrategias educativas en información acerca del padecimiento, y sus complicaciones, a fin de mejorar y promover cambio de estilo de vida saludables (ejercicio y dieta) en nuestros pacientes.

En cuanto a la funcionalidad familiar, un elevado número de familias fueron clasificadas como disfuncionales, y se observó que donde existía funcionalidad familiar, 56,86 % de los pacientes se mantenían controlados, mientras que en las 63 familias disfuncionales, sólo 6,35 % de los enfermos estaban controlados. Por lo que se sugiere que un mayor apoyo familiar para los pacientes hipertensos, y el cambio de ciertos factores sociales y familiares lograría una mayor adherencia al tratamiento.

16.- BIBLIOGRAFÍA.

1.- GPC Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.IMSS-076-08

- 2.- Barquera S, Campos I, Hernández L, Villalpando S, Rodríguez C, Durazo R. et al. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006, Salud Publica de Mèx 2010; 52 suppl 1:S63-S71
- 3.- Kearney P, Whelton M, Reynolds P, Whelton H, Jiang H. Worldwide prevalence of hypertension. Journal of Hypertension 2004, 22: 11-19.
- 4.- Alfonso K, Achiong F, Achiong M, Achiong F, Fernández J, Delgado L. Factores asociados al hipertenso no controlado. Rev Med Electron 2011; 33(3): 278-285.
- 5.- Burt VL, Et al. Prevalencia de la hipertensión arterial en EEUU de la poblaciónn adulta. JAMA 2003; 289: 2560-72.
- 6.- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnòstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- 7.- Stevens G, Dias R, Thomas K, Rivera J, Carvalho N, Barquera S. Characterizing the epidemiological transition in Mèxico; national and subnational burden of diseases injures and risk factors. PLoS Med 2008; 5(6):1215.
- 8.-Sabate.E WHO Adherence Meeting Report. Geneva, World Health Organization, 2001.
- 9.- Adherencia a los tratamientos de largo plazo, pruebas para la acción, Organizaciòn Mundial de la Salud 2004.
- 10.-Mendez N, Del Valle MO, López ML, López I. Descripción del cumplimiento farmacológico antihipertensivo y de sus determinante psicosociales. Pharmaceutical Care España 2006; 8(5):199-252.
- 11.-Boret p. et al. Monitoring one-year compliance to antihypertensiòn medication in the Seychelles. Bulletin of theworld 2002,80:33-39.
- 12.-Herrera R, Badiel M, Zapata H. Factores asociados al no control de la presión arterial en pacientes inscritos al programa de hipertensión de una entidad promotora de salud en Cali-Colombia 2004. Revista colombiana de cardiología 2009; 16(4): 143-152.

- 13.-Moreno B, Contreras R, Martínez S, Araya G, Livacic R, Vera P. Evaluación del efecto de una intervención cognitivo conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. Rev Med Chile 2008; 134 (4): 433-40.
- 14.- Menéndez C, Alonso A, Gamarra T, Nuñez C, Nieto MJ, Méndez E. Influencia de variables sociales en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. Cad Aten Primaria 2004; 11:131-137.
- 15.-Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: asystematic review of randomized controlled trials. J Hypertens 2006; 24:215–233.
- 16.-Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano, información terapéutica del Sistema de Salud 2004; 28(5):113-120.
- 17.-Máquez E, Casado JJ. El incumplimiento farmacológico en el tratamiento de prevención de las enfermedades cardiovasculares. Med Clin 2001; 116 (2):46-51.
- 18.- Peralta M, Carbajal P. Adherencia a tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua 2008, 17(3):84-88.
- 19.- Nogués X, Sorli ML, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. AnMed Interna 2007; 24(3):138-141.
- 20.-Thompson K, Kulkarni J, Segejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses Schizophr Res. 2000; 42:241-247.
- 21.-Krapek K, King K, Warren SS, George KG, Caputo DA Mihelich K, ET AL. Medication Adherence and associated hemoglobin A1c in type 2 diabetes. Ann Pharmacother. 2004; 38: 1357-1361.
- 22.-Turbi C, Herrero G, Acebes C, Torrijos A, Grana J, Miguelez R, et al. Compliance and satisfaction with raloxifene versus alendronate for the treatment of postmenopausal osteoporosis in clinical practice: an open-label, prospective nonrandomized, observational study.ClinTher 2004; 245-256.

- 23.-Rodríguez MA, García E, Amireles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria* 2008; 40(8):413-417.
- 24.- Ingaramo R, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D. Et al. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT) *Rev Fed Arg Cardiol* 2005; 34: 104-111.
- 25.- Carhuallanqui R, Diestra G, Tang J. Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital General. *Rev Med Hered* 2010; 21(4):197-201.
- 26.- Ferrera N, Moine D, Yañez D. Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad de Paraná. *Rev Fed Arg Cardiol* 2010; 39(3):194-203.
- 27.- García AM, Leiva F, Martos F, García AJ, Prados D, Sánchez de la Cuesta F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?, *Medicina de Familia* 2000; 1:13-19.
- 28.-Olvera S. Salazar T. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. *Rev Mex de Enfermería Cardiológica* 2009; 17(1-3):10-13.
- 29.- Ortega A, Osorio MF, Fernández AT. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermedad de a la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003: 19(2).
- 30.-Ortega A, Osorio MF, Fernández AT. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermedad de a la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003: 19(2).
- 31.-Gómez CFJ, Irigoyen CAE, Ponce RER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(2) 45-57.
- 32.- Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar-APGAR familiar. *Aten Primaria* 1996; 18(6): 289-296.

33.-Huerta JL, Farfán G. Estudio de Salud Familiar, PAC MF-1. Colegio Mexicano de Medicina Familiar, Primera Edición 1999, Editores Intersistemas: 25-30 y 52-59.

34.-Pérez A, Leal FJ, Picossi S, Viedma L, Fernández C, Clavero E. Cumplimiento farmacológico de los pacientes hipertensos en una zona rural: relación con la función familiar. Medicina de familia 2006; 7(1) 24-28.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 38 DE TENEJAPAN, VER.						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Tenejapan Veracruz marzo 2014						
Número de registro:	En trámite						
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la HTA reduce el riesgo de complicaciones y de muerte, existen múltiples factores que influyen en la adherencia al tratamiento y que pueden conducir a la no adherencia, relacionados con el nivel de conocimiento y con los comportamientos de las personas cuando requieren seguir un esquema de tratamiento. El presente estudio surge ante la necesidad de conocer la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de conocimiento que el paciente tiene ante la enfermedad, así también conocer la funcionalidad familiar del paciente hipertenso de la consulta externa, siendo uno de los problemas crónicos degenerativos y los principales motivos de la consulta externa de las unidades de primer nivel de atención, por esta razón es importante que el médico identifique los factores que influyen en la adherencia del tratamiento, para lograr una atención en forma más integral respecto al control de su enfermedad.						
Procedimientos:	Realización de encuestas a pacientes usuarios del servicio de consulta externa de Medicina Familiar, previo consentimiento informado.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar del paciente hipertenso.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica						
Participación o retiro:	No aplica						
Privacidad y confidencialidad:	Si						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	No aplica						

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable: Dra. María Magdalena Suazo Rosales
Colaboradores: Dra. María Yasmín Hernández Ambrosio .Dra. Rosalinda Vera Jiménez

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2014									2015		2016		
	Abr	May	Jun	Jul	Ag	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene- feb	Mar- Dic	Ene	Feb	Mar
Selección del tema	***													
Recuperación bibliográfica		***												
Desarrollo del protocolo			***	***										
Construcción					***									
Evaluación por el CLIEIS 3102						***	***	***						
Levantamiento de datos										***				
Captura de datos											***			
1er. análisis de datos											***			
Resultados preliminares											***			
Resultados definitivos											***			
Redacción de la tesis.												***	***	***

ANEXOS**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.38 TENEJAPAN, VER.****HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR. EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.38 DE TENEJAPAN, VER.

NOMBRE: _____ N.S.S.: _____

Edad: _____	Sexo: _____ 1.Hombre 2.-Mujer	Estado civil: _____ 1. Soltero 2. Unión libre 3. Casado 4. Divorciado. 5. Viudo
<p>TA: _____</p> <p>Tipología familiar A.- Conformación:</p> <p>1).- Nuclear 2).- Seminuclear 3).- Extensa 4).- Compuesta (ampliada) 5).- Múltiple 6).- Extensa (modificada)</p> <p>B.- Actividad laboral:</p> <p>1).- Campesino 2).- Obrero 3).- Profesionista 4).- pensionado 5).- Comerciante 6).- Ama de casa</p> <p>C.- Tiempo de evolución en años con la hipertensión arterial, es decir desde cuando algún médico le confiro que es hipertenso (a).</p>		
<hr/> <p>D.- Que tipo de medicamentos está utilizando en los últimos 6 meses para el tratamiento de la hipertensión arterial:</p> <p>1.-clortalidona 2.- hidroclorotiazida 3.- nifedipino 4.- verapamilo 5.- propranolol 6.- metoprolol 7.- losartan 8.- otros.</p> <p>E.- comorbilidades:</p> <p>1.- sobrepeso 2.- obesidad 3.- Prediabetes 4.-DM 2 5.- hiperlipidemia 6.- otros</p>		

Test de Batalla	
1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?	
2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?	
3. Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada	

- 1.- Tiene conocimiento _____
2.- No tiene conocimiento _____

Test de Morisky-Green	
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?	
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?	

- 1.-Tiene adherencia: _____
2.- No tienen adherencia: _____

**CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
(APGAR FAMILIAR)**

COMPONENTES	CASI SIEMPRE (2 PUNTOS)	ALGUNAS VECES (1 PUNTO)	CASI NUNCA (0 PUNTOS)
1.- Adaptabilidad. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2.- Participación. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3.- Crecimiento. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4.- Afecto. ¿Siente que su familia le quiere?			
5.- Resolución. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
PUNTUACION TOTAL			

1.- FAMILIA FUNCIONAL: 07 – 10 PUNTOS

2.- DISFUNCION MODERADA: 04 – 06 PUNTOS

3.- DISFUNCION GRAVE: 00 – 03 PUNTO



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3102
H GRAL ZONA NUM 8, VERACRUZ SUR

FECHA 04/09/2014

DRA. MARIA MAGDALENA SUAZO ROSALES

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Asociación entre adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial y la Funcionalidad Familiar. En la Unidad de Medicina Familiar No.38 de Tenejapan, Ver.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-3102-37

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ RAMÓN DELGADO MARTÍNEZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3102

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL